

# DGT en VERS bij patiënten met verslavingsproblematiek

Pascal Fleurkens, Alex Roomer, Toon van Oosteren en Cor de Jong\*

De laatste jaren is er een trend zichtbaar om dialectische gedragstherapie (DGT) en de Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis (VERS) meer toe te passen binnen de verslavingszorg. Beide therapieën zijn in eerste instantie ontwikkeld voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Veel onderzoeken rapporteren een samenhang tussen een BPS en afhankelijkheid van middelen. In beide stoornissen spelen problemen op het gebied van impulscontrole en emotieregulatie een grote rol. Zowel DGT als VERS tracht deze problemen te reduceren. De gedachte is dan ook dat beide trainingen mogelijk effectief zijn op zowel het reduceren van de BPS als de middelenstoornis. Dit artikel gaat in op de vraag of er in de wetenschappelijke literatuur evidentie gevonden wordt om DGT dan wel VERS aan te bieden om middelenafhankelijkheid en/of middelenmisbruik te behandelen.

## Inleiding

De laatste jaren wordt dialectische gedragstherapie (DGT; Linehan, 1993) en de Vaardigheidstraining Emotie Regulatiestoornis (VERS; Blum e.a., 2002a) in de verslavingszorg toegepast. Beide therapieën zijn ontwikkeld voor patiënten met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis (BPS). Een BPS gaat vaak gepaard met verslavingsproblema-

\* MSc P.F.T. Fleurkens is onderzoeker bij IrisZorg te Arnhem.

Drs. A. Roomer is senior beleidsmedewerker/onderzoeker bij IrisZorg te Arnhem en onderzoeker bij het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction. E-mail: a.roomer@iriszorg.nl.

Drs. A.A. van Oosteren is psychiater bij IrisZorg te Arnhem.

Prof. dr. C.A.J. de Jong is hoogleraar verslaving en verslavingszorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen en wetenschappelijk directeur van het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction.

tiek. Van de klinische patiënten die behandeld worden voor hun verslavingsproblematiek krijgt 5-22% de diagnose BPS (Verheul, Van den Brink & Hartgers, 1995; Van den Bosch, 2003).

Mensen met een BPS hebben een ruim viermaal zo grote kans om alcohol te misbruiken en een negenmaal hoger risico op misbruik van andere middelen, vergeleken met cliënten in de geestelijke gezondheidszorg met een andere psychiatrische diagnose (Skodol, Oldham & Gallaher, 1999). Deze hoge comorbiditeit is niet vreemd, aangezien in beide stoornissen problemen in de impulscontrole en emotieregulatie een grote rol spelen. Zowel DGT als VERS tracht deze problemen te reduceren. Beide trainingen zijn mogelijk effectief in het reduceren van zowel de BPS als de middelenstoornis.

In deze literatuurstudie beantwoorden we de vraag naar de evidentie om DGT dan wel VERS aan te bieden aan patiënten met verslavingsproblematiek.

### **Methode**

Via PsychINFO werden 36 publicaties gevonden uit de periode begin 1996 tot juni 2007. Als zoekcombinatie gebruikten we daarbij: 'substance' en 'dialectical'. Aanvullende zoekopdrachten via PsychINFO, PubMed en de Cochrane Library, met combinaties van de oorspronkelijke zoektermen en termen als 'addiction', 'drug abuse', 'dependence', 'Linehan' en 'dialectische gedragstherapie', leverden niet meer artikelen op. Met de zoekterm 'STEPPS'<sup>1</sup> vonden we via PsychINFO nog eens vijf artikelen. De combinatie van deze term met de genoemde termen leverde in geen van de drie geraadpleegde databases extra publicaties op. Naast deze zoekactie zochten we via e-mail contact met twee experts op het gebied van DGT, onder wie grondlegger Marsha Linehan. De uitwisseling van mails leverde geen verdere artikelen op. De 41 gevonden titels werden eerst gescreend op hun relevantie voor ons onderwerp. Daarna zijn de abstracts van de artikelen bestudeerd en vervolgens is de methodologische kwaliteit van de uitverkozen relevante studies en artikelen beoordeeld aan de hand van de Cochrane-criteria. Deze criteria hebben onder meer betrekking op de wijze van randomisatie, blinding, het uitvalpercentage en de mate van vergelijkbaarheid van de experimentele en de controlegroep. Na de selectie en beoordelingsronde bleken in totaal vijf publicaties betreffende DGT relevant en bruikbaar voor ons onderzoek. Het gaat hier om gerando-

<sup>1</sup> VERS is de Nederlandstalige versie van de Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving.

miseerde en gecontroleerde studies. Wat betreft VERS en verslaving zijn dergelijke studies niet gevonden. Over dit thema vonden we slechts één relevante publicatie, met een lager niveau van evidentie.

**Tabel 1. DGT en VERS: inhoud en verschillen.**

	DGT (Van den Bosch, Meijer & Backer, 2007)	VERS (Freije, Dietz & Appelo, 2002)
Visie	Stoornis van de regulatie van gedrag, cognities, intermensele relaties en affect. Zelfbeschadigend en suïcidaal gedrag van patiënt is een resultante van deze disregulatie. Disregulatie ten gevolge van de transactie tussen een aangeboren defect in het emotieregulatiesysteem en een invaliderende omgeving.	Emotieregulatiestoornis die ontstaat uit een combinatie van aangeboren zwakte van het emotionele regelsysteem en een invaliderende omgeving.
Uitgangspunt	Combinatie van gedragstherapie (gericht op verandering) en mindfulness (gericht op acceptatie), in evenwicht gehouden door dialectische synthese.	Verandering van disfunctionele gedachten, gedragingen en emoties, met nadruk op het aanspreken van het gezonde deel van de patiënt.
Inhoud	Cognitieve gedragstherapie met vaardighedentraining en exposure. Vier modules: <i>a</i> stresstolerantie, <i>b</i> mindfulness, <i>c</i> emotieregulatie, <i>d</i> interpersoonlijk functioneren.	Cognitieve gedragstherapie binnen bestaande hulpverleningssysteem. Actief betrekken van significante anderen. Hoofdcomponenten: <i>a</i> psycho-educatie, <i>b</i> hanteren van emoties, <i>c</i> hanteren van gedrag.
Vorm	Individuele psychotherapie (wekelijks, 1 uur), groepsvaardighedentraining (wekelijks, 2-2,5 uur). Twee cycli van 24 bijeenkomsten. 24-uurs telefonische bereikbaarheid. Supervisie voor therapeuten. Duur behandeling: 1 jaar.	Wekelijkse groepstraining (maximaal 12 patiënten, 2-2,5 uur). 20 sessies. Individuele psychotherapie.

#### INHOUD EN VORM VAN DE THERAPIEËN

DGT en de VERS worden vooral ingezet bij patiënten met een ernstige BPS. Beide benaderingen zien de karakteristieke gedragingen van mensen met een BPS (zoals suïcidaliteit, zelfbeschadiging en impulsief gedrag) als een direct gevolg van het onvermogen om emoties te reguleren (Swenson e.a., 2001; Black e.a., 2004). Beide benaderingen gaan ervan uit dat het kernprobleem van een BPS de problematische

regulatie van emoties is, maar ze passen verschillende interventies toe binnen hun therapieën. Tabel 1 geeft een overzicht van de verschillen en overeenkomsten. Voor een uitgebreide beschrijving van DGT verwijzen wij naar het recentelijk gepubliceerde handboek van Van den Bosch (2007). Voor een meer uitgebreide beschrijving van VERS zie Freije e.a. (2002).

DGT richt zich op het veranderen van disfunctionele emoties, gedachten en gedrag, zodanig dat de patiënt zichzelf accepteert zoals hij of zij nu is. Het dialectische uitgangspunt van DGT is dat er een optimale synthese moet ontstaan van acceptatie en verandering (Lynch e.a., 2006). Dit verschilt wezenlijk van de traditionele cognitieve gedragstherapie, waarin de nadruk ligt op verandering als zodanig. Een kenmerkend component van DGT is mindfulness. Dit begrip is ontleend aan zen (geïnspireerd door het boeddhisme) en kan omschreven worden als: de aandacht volledig richten op wat zich van moment tot moment voordoet, zonder daarbij te oordelen (Lynch e.a., 2006; Hayes, Strohsahl & Wilson, 1999). Mindfulness leert het individu een probleem onder ogen te zien en te accepteren dat het een probleem is, zonder het (probleem)gedrag meteen te (ver)oordelen en er bijbehorende belevingen op los te laten. Hierdoor ontstaat ruimte om het probleem op te lossen (Van de Bosch, Meijer & Backer, 2007).

DGT is in 1995 door Van den Bosch in Nederland geïntroduceerd. De door Van den Bosch opgerichte Stichting Dialexis verzorgt workshops en intensieve (tiendaagse) trainingen voor psychotherapeuten, ggz- en klinisch psychologen, maatschappelijk werkers, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters die zich in deze therapievorm willen bekwamen.<sup>2</sup> Bij DGT is de betrokken therapeut de hoofdbehandelaar. Andere behandelingen mogen slechts (onder zijn regie) in de marge van DGT toegepast worden. DGT duurt bovendien langer dan VERS. VERS is in Nederland geïntroduceerd door de ggz-instellingen Adhesie en Lentis. Deze instellingen verzorgen een gezamenlijke tweedaagse training en een terugkombijeenkomst<sup>3</sup> voor verpleegkundigen, ggz- en klinisch psychologen, psychotherapeuten, psychiaters en vaktherapeuten. VERS richt zich eveneens op de problematische regulatie van emoties van patiënten met een BPS. Daarvoor worden cognitieve gedragstherapeutische interventies gebruikt, die aantoonbaar effectief gebleken zijn. De VERS wordt, in tegenstelling tot DGT, aangeboden

2 Voor meer informatie zie [www.stichtingdialexis.nl](http://www.stichtingdialexis.nl).

3 Voor meer informatie zie [www.verstraining.nl](http://www.verstraining.nl).

binnen het bestaande support- en hulpverleningssysteem. De patiënt leert vaardigheden om dit systeem zo efficiënt mogelijk te gebruiken. Mindfulness is geen belangrijk kenmerk van de training.

Vooralsnog wordt VERS vooral toegepast bij BPS-patiënten. DGT wordt, al dan niet in aangepaste vorm, ook toegepast bij andere stoornissen, waaronder eetstoornissen en depressie (Telch, Agras & Linehan, 2001; Lynch e.a., 2003). De DGT kent inmiddels een variant voor de behandeling van patiënten met zowel een BPS als verslavingsproblematiek (Linehan & Dimeff, 1997; Dimeff e.a., 2000). In deze variant zijn aan de standaard-interventiestrategieën van DGT een aantal interventieprocedures en accentverschuivingen toegevoegd, die de therapie geschikt maken voor deze specifieke patiëntengroep. Een eerste belangrijke toevoeging is dialectische abstinente, die terugval in oud (probleem)gedrag beoogt aan te pakken. Hiermee wordt een evenwicht gezocht tussen het bereiken van absolute abstinente en het aanpakken van terugval met cognitieve zelfcontrolestrategieën.

Radicale zelfacceptatie van de patiënt en zijn situatie blijft daarbij voorop staan. Een BPS en verslavingsproblematiek verhogen beide het risico op voortijdige uitval. Daarom is op de tweede plaats een set van bindingsstrategieën toegevoegd om het uitvalrisico van patiënten te reduceren (bijv. een hoge contactfrequentie aan het begin van het traject of het aanbieden van behandeling in de eigen omgeving van de patiënt). De in DGT gebruikelijke 150 minuten durende groepsvaardighedentraining wordt in de aangepaste variant met 30-40 minuten ingekort. De vrijgekomen tijd wordt besteed aan het oefenen en consolideren van aangeleerde vaardigheden in individuele sessies. Ook in de borderline-/verslavingsvariant van DGT worden tijdens de sessies doelenhiërarchieën opgesteld. Alleen ligt bij deze variant de focus op het middelenmisbruik, dat hoog in de behandeldoelenhiërarchie staat. De therapie is ten slotte uitgebreid met het aanleren van een aantal verslavingsspecifieke vaardigheden en er wordt gebruik gemaakt van vouchers die men kan verdienen door het aangeleerde gedrag te vertonen.

## Resultaten

### DGT

Ons onderzoek naar de werkzaamheid en effectiviteit van DGT voor verslavingsproblematiek had betrekking op twee onderzoeksgroepen: de groep rondom Linehan (de Amerikaanse grondlegger van de therapie) en de groep rondom Van den Bosch. Tabel 2 geeft een overzicht van de geselecteerde studies van beide onderzoeksgroepen.

**Tabel 2. Opzet studies.**

	Aantal patiënten	Vrouwen	Leeftijd	Diagnose
Linehan e.a. (1999)	N = 28	100 %	18-45 (30,4)	BPS met middelenstoornis
Linehan e.a. (2002)	N = 23	100%	18-45 (36,1)	BPS met afhankelijkheid van opioïde
Van den Bosch e.a. (2002) Verheul e.a. (2003) Van den Bosch e.a. (2005)	N = 58	100%	18-70 (34,9)	BPS met middelenstoornis (n = 31)
Blum e.a. (2002)	N = 52	94%	18-51 (33)	BPS met of zonder comorbide middelenstoornis

Van den Bosch e.a. (2002) en Verheul e.a. (2003) vergeleken de effecten van DGT bij patiënten met een BPS met en zonder comorbide middelenmisbruik met de effecten van de gangbare behandeling. Van den Bosch e.a. (2002) en Verheul e.a. (2003) maakten gebruik van dezelfde studie maar publiceerden over verschillende aspecten.

In de studie van Verheul e.a. (2003) werd naast de effectiviteit van DGT op borderlineproblematiek ook gekeken naar het effect van baseline-scores op de uitkomstmaten. De 58 patiënten werden aselect ingedeeld in een van de twee onderzoeksgroepen: DGT of de gangbare behandeling. Beide groepen waren op belangrijke kenmerken vergelijkbaar. De belangrijkste bevinding was dat patiënten in DGT een grotere afname lieten zien van automutilatie en zelfbeschadigend impulsief gedrag. Degenen met de hoogste baseline-scores vertoonden de grootste afname op deze uitkomstmaten. Ten slotte hielden patiënten die de gangbare behandeling volgden de behandeling significant vaker voortijdig voor gezien dan de DGT-patiënten (77% versus 37%).

Van den Bosch e.a. (2002) spitsten zich toe op de vraag in welke mate DGT effect had op verslavingsproblematiek. Het bleek dat automutilatie en impulsief zelfbeschadigend gedrag bij BPS-patiënten met middelenmisbruik in dezelfde mate afnamen als bij BPS-patiënten die niet kampten met middelenmisbruik. Dit brengt de auteurs tot de stelling dat DGT geschikt is voor toepassing in gemengde patiëntenpopulaties waarin naast een BPS ook sprake is van middelenmisbruik. DGT zorgde echter niet voor een afname van het aantal dagen alcohol-, medicatie- of cannabisgebruik van patiënten in de maand voorafgaand aan de

meting, noch voor een afname van de algemene ernstigheidsscores voor alcohol- en drugsproblemen zes maanden na beëindiging van de behandeling (gemeten met de EuropASI).

In tegenstelling hiermee rapporteerden Van den Bosch e.a. (2005) in een vervolgstudie bij dezelfde groep patiënten wel een significante vermindering van alcoholconsumptie in de DGT-groep, in vergelijking met de gangbare behandelingsgroep. Dit effect bleek ook zes maanden na de beëindiging van de behandeling nog in stand. Dit opmerkelijke verschil is te wijten aan het feit dat er bij de vervolgstudie niet is gemeten met de EuropASI maar met de Borderline Personality Disorder Severity Index. De alcohol-, softdrugsmisbruik- en harddrugsmisbruiksecties van dit laatste instrument meten nauwkeuriger dan de EuropASI. Het effect werd vastgesteld voor alcohol maar niet voor softdrugs- en harddrugsgebruik. Er werd zes maanden na afloop van de behandeling evenmin een aanhoudend effect gevonden op parasuïcidaal gedrag.

Zoals gezegd, geven de onderzoekers aan dat standaard-DGT zonder problemen kan worden ingezet voor BPS-patiënten met verslavingsproblematiek. Ze beschouwen standaard-DGT echter onvoldoende gericht op het verminderen van verslavingsproblematiek en de problemen die zich bij deze stoornis voordoen. DGT lijkt alleen effect te hebben op het probleemgedrag waarop de therapie zich expliciet richt (zoals afname van suïcidaal gedrag en automutilatie).

Linehan en Dimeff (1997) hebben de standaard-DGT aangepast en specifiek toegespitst op de behandeling van BPS-patiënten met verslavingsproblematiek. In 1999 voerden Linehan e.a. een gerandomiseerde en gecontroleerde studie uit om te onderzoeken of aangepaste DGT inderdaad leidt tot het verminderen van middelenmisbruik. Door middel van urineanalyse en de Timeline Follow Back<sup>4</sup> werd aangegetoond dat het middelenmisbruik van patiënten significant afnam in de groep die de aangepaste DGT doorliep, in vergelijking met de gangbare behandeling. De patiënten rapporteerden een hoger aantal alcohol- en drugsvrije dagen dan patiënten in de controlegroep. Deze rapportages werden ondersteund door de urineanalyses. De DGT hield, vergeleken met de gangbare behandeling, patiënten beter in behandeling (64% versus 27%). De patiënten in DGT vertoonden verder significant verbeteringen op sociale en globale aanpassingsmaten. Parasuïcidale episoden namen significant af in beide groepen. Ten slotte bleek de mate waarin de therapeut vasthield aan de handleiding van de aan-

4 Ratio van het aantal dagen gerapporteerde abstinencie door de patiënt en het aantal dagen tussen de meetmomenten.

gepaste DGT positief samen te hangen met het aantal schone urine-monsters dat door patiënten werd ingeleverd. Deze bevinding ondersteunt de conclusie van Van Den Bosch e.a. (2005) dat wanneer DGT wordt toegespitst op specifiek probleemgedrag (in dit geval verslavingsproblematiek), de therapie daadwerkelijk effect heeft op dat probleemgedrag.

In 2002 voerden Linehan e.a. opnieuw een studie uit om de effectiviteit van de verslavingsproblematiekvariant van DGT verder te onderzoeken. Nu werd er specifiek gekeken naar vrouwelijke patiënten met opioïdeafhankelijkheid en een comorbide BPS. Dit onderzoek is in vergelijking met haar onderzoek uit 1999 beter van opzet, dankzij de inzet van een sterkere controlegroep die de Comprehensive Validation Therapy with 12-Step volgde. Met deze controlegroep probeerden Linehan e.a. de interne validiteit te vergroten door een aantal factoren (zoals gebruik van een handboek en de ervaring van de therapeut) over beide groepen constant te houden. Comprehensive Validation Therapy with 12-Step is evenals DGT een protocollaire behandeling waarin gebruik gemaakt wordt van acceptatiestrategieën, maar dan uitgebreid met een twaalfstappenprogramma. In tegenstelling tot DGT maakt deze behandeling zo min mogelijk gebruik van cognitieve en gedrags-modificatietechnieken en de patiënt bepaalt de agenda.

Beide behandelingen vertonen dus naast overeenkomsten in het gebruik van acceptatiestrategieën ook een aantal belangrijke focusverschillen. Desondanks resulteerden beide behandelingen in een afname van opiatengebruik, een effect dat gedurende de follow-up-periode van vier maanden aantoonbaar bleef. In de groep die DGT doorliep, beklijfde het effect echter beter dan in de controlegroep. In de controlegroep nam het gebruik van opiaten na acht maanden behandeling weer gestaag toe, terwijl het gebruik in de DGT-groep gedurende het gehele behandeljaar bleef afnemen. Bovendien bleken de zelfrapportages over het opiatengebruik in deze groep betrouwbaarder dan in de controlegroep.

Er waren significante verschillen tussen beide groepen wat betreft therapietrouw. Alle twaalf deelnemers van de Comprehensive Validation Therapy with 12-Step bleven in behandeling. Bij de DGT-groep vielen vier patiënten (36%) voortijdig uit. Metingen met de Global Adjustment Scale en Brief Symptom Inventory (psychopathologiescores) toonden aan dat beide groepen dezelfde significante vooruitgang boekten. Er werd ook geen verschil in verbetering gevonden wat betreft sociale aanpassing en parasuïcidaal gedrag.

#### VERS

Met uitzondering van een (niet-gerandomiseerde en niet-gecontroleerde) studie van Blum e.a. (2002) is geen onderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van VERS bij mensen met een BPS en comorbide verslavingsproblematiek. De opzet van Blums studie beperkt de interpreteerbaarheid en generaliseerbaarheid van de gevonden resultaten in ernstige mate. Blum en collega's maakten in hun onderzoek gebruik van de door hen zelf ontwikkelde Borderline Evaluation Severity over Time. Dit instrument bevat de subschaal 'negative behaviors', dat naast automutilatie, impulsiviteit, agressie en (para)suïcidale gedragingen ook middelenmisbruik meet. De auteurs concludeerden dat de VERS leidt tot een afname van de scores op deze subschaal. Blum maakt in haar artikel echter niet duidelijk welk gedrag specifiek afneemt en in welke mate dit gebeurt.

#### Discussie

Voordat we overgaan tot het trekken van conclusies en het doen van aanbevelingen op grond van dit literatuuronderzoek, gaan we eerst in op de kwaliteit van de onderzochte studies. De methodologische kwaliteit van de geselecteerde artikelen is beoordeeld aan de hand van de Cochrane-criteria. Daaruit mogen we concluderen dat de studies, met uitzondering van het onderzoek van Blum e.a. (2002), van hoge kwaliteit zijn. Het gaat om relatief goed uitgevoerde gecontroleerde en gerandomiseerde studies. Desondanks laten de onderzoeken vragen open, waaraan in vervolgonderzoek aandacht besteed zou moeten worden.

Zo slagen zowel Van den Bosch e.a. (2002, 2005) als Linehan (1999, 2002) er niet in om een eenduidig antwoord te geven op de vraag of DGT effectief is in het behandelen van middelenmisbruik en/of van middelengebruik. Dit heeft te maken met de verwarringe terminologie die in de artikelen wordt gehanteerd. De auteurs spreken afwisselend over gebruik, misbruik en afhankelijkheid, zonder deze begrippen duidelijk van elkaar te onderscheiden. Het is dus onduidelijk wat er nu precies gemeten en onderzocht wordt. Voor een aantal gebruikte instrumenten en schalen geldt iets soortgelijks. Linehan en collega's gebruiken onder andere de zelfontwikkelde schalen Global Social Adjustment en Global Adjustment Scale. Blum en collega's maken gebruik van de door hen ontwikkelde Borderline Evaluation Severity over Time. Deze schalen worden slechts zeer beperkt toegelicht. Onduidelijk is daarom wat ze nu precies meten en op welke wijze ze dit doen. Het zijn tekortkomingen die de interpreteerbaarheid bemoeilijken en de waarde van de bevindingen onzeker maken.

Een punt van aandacht is verder het kleine aantal studies waarop we onze conclusies moeten baseren. Bovendien zijn, behalve door Blum (2002), alleen vrouwen onderzocht. Dit alles beperkt ons in het trekken van verregaande conclusies. Vervolgonderzoek, waarin rekening wordt gehouden met de beschreven tekortkomingen, is zeer gewenst.

### **Tot besluit**

Met deze beperkingen in het achterhoofd is het toch goed mogelijk om enkele conclusies te trekken. Allereerst is het aannemelijk dat standaard-DGT goed toegepast kan worden bij vrouwelijke patiënten met zowel een BPS als verslavingsproblematiek, wanneer het doel van de behandeling is om (para)suïcidaal gedrag en automutilatie te verminderen. DGT leidt tot een afname van impulsief gedrag, automutilatie en alcoholgebruik; een effect dat zes maanden na beëindiging van de behandeling nog zichtbaar is. Gedurende deze periode worden de verschillen in effect tussen DGT en de gangbare behandeling echter wel kleiner. DGT blijkt verder vrij goed te zijn in het in behandeling houden van patiënten. Omdat er enkel een effect van standaard-DGT op alcoholconsumptie is vastgesteld, is er geen evidentie om DGT specifiek in te zetten om verslavingsproblematiek te behandelen. Dat DGT succesvol aangepast kan worden voor de behandeling van verslaving, blijkt uit de door Linehan en Dimeff (1997) aangepaste variant van deze therapievorm. De verslavingsvariant blijkt effectief in het verminderen van middelengebruik en middelenmisbruik (o.a. alcohol, opiaten en cocaïne) door vrouwelijke patiënten met een BPS en verslavingsproblematiek. Vervolgstudies zijn echter gewenst. Deze moeten allereerst antwoord geven op de vraag waaruit het effect van aangepaste DGT precies bestaat: een afname van gebruik, misbruik of afhankelijkheid? Daarnaast is het van belang te onderzoeken wat en in welke mate de verschillende componenten van de behandeling aan de effectiviteit ervan bijdragen. Dat onderzoek zou bij voorkeur gedaan moeten worden door onafhankelijke onderzoeksinstellingen en niet (alleen) door institutien die de behandelingen zelf ontwikkelden. Ondanks het beperkte aantal studies en de haken en ogen die aan het onderzoek naar aangepaste DGT kleven, zien we de gevonden resultaten in een positief licht. Het lijkt erop dat er een interventie is ontwikkeld die goed bruikbaar is bij de behandeling van verslaafde patiënten met een BPS. Aangepaste DGT lijkt alleen ongeschikt wanneer het verminderen van parasuïcidaal gedrag een explicet doel is van de therapie. Mogelijk kan er ook op dit gedragsterrein effect worden bereikt wanneer aandacht daarvoor explicet aan DGT wordt toegevoegd.

Over VERS, ten slotte, kan worden gesteld dat het gebruik van deze training om verslavingsproblematiek te behandelen onvoldoende is onderbouwd. Het enige bekende onderzoek geeft te weinig aanwijzingen over de effectiviteit. Wat betreft VERS is het wachten vooralsnog op gerandomiseerde en gecontroleerde studies waarin de evidentie nader wordt onderzocht.

### Literatuur

Black, D.W., Blum, N., Pfohl, B., & St. John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34, 193-210.

Blum, N., Barttels, N., St. John, D., & Pfohl, B. (2002b). STEPPS manual. Iowa City, IA: University of Iowa.

Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., & Black, D.W. (2002a). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder-a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301-310.

Bosch, L.M.C. van den (2003). *Borderline personality disorder, substance abuse, and dialectical behavior therapy*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Bosch, L.M.C. van den, Koeter, M.W.J., Stijnen, T., Verheul, R., & Brink, W. van den (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.

Bosch, L.M.C. van den, Verheul, R., Schippers, G.M., & Brink, W. van den (2002). Dialectical behaviour therapy of borderline patients with or without substance abuse problems. Implementation and long term effects. *Addictive Behaviours*, 27, 911-923.

Bosch, W. van den, Meijer, S., & Backer, H. (Red.) (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt.

Dimeff, L., Rizvi, S.L., Brown, M., & Linehan, M.M. (2000). Dialectical behaviour therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 457-468.

Freije, H., Dietz, B., & Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderline-persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directieve Therapie*, 4, 367-378.

Hayes, S., Strohsahl, K.D., & Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behaviour change*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioural therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.

Linehan, M.M., & Dimeff, L.A. (1997). *Dialectical behavior therapy manual of treatment interventions for drug abusers with borderline personality disorder*. Seattle, WA: University of Washington.

Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behaviour therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.